БЕСПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

**ПО РЕАЛИЗАЦИИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Красногорск | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года |

**1. Общие положения.**

1.1. Настоящее Тарифное соглашение по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования разработано и заключено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 №1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», постановлением Правительства Московской области от 26.12.2014 №1162/52 «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Московской области, регулирующими правоотношения по предмету настоящего ТС, между

Министерством здравоохранения Московской области (далее – МЗ МО) в лице Министра здравоохранения Московской области Суслоновой Нины Владимировны,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области (далее – ТФОМС МО) в лице директора Антоновой Галины Александровны,

Московской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Домникова Анатолия Ивановича,

Некоммерческим партнерством «Врачебная палата Московской области» в лице председателя Правления Лившица Сергея Анатольевича,

Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – СМО), в лице Мартьяновой Надежды Васильевны,

именуемыми в дальнейшем Сторонами.

1.2. Предметом настоящего Тарифного соглашения по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Тарифное соглашение, ТС) являются согласованные Сторонами положения по формированию, изменению и применению тарифов на медицинскую помощь, оказываемую медицинскими организациями застрахованным лицам, распределению объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями по Московской областной программе обязательного медицинского страхования (далее – Программа ОМС), порядку оплаты медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС, санкциям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, перечню расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по Программе ОМС.

1.3. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и определения.

**«Медицинская помощь»**– комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающий в себя предоставление медицинских услуг.

**«Медицинская услуга»** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств,  направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

«**Номенклатура медицинских услуг**» (далее – номенклатура медицинских услуг) – представляет собой перечень медицинских услуг, который разделен на два класса: «А» и «B». Класс «A» включает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение. Класс «B» – комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Номенклатура медицинских услуг утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 №1664н.

«**Стандарт медицинской помощи»**(далее – СМП) и схема ведения пациентов (далее – схема) – разрабатываются в соответствии с [номенклатурой](consultantplus://offline/ref=2C5AB53B120E9B69E4C250A4DDDAF592D30506EFE3B2E3C468DCFFF8DFB9F9D0E19E97683B3816F2iAA4J)медицинских услуг и включают в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

1) медицинских услуг;

2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

4) компонентов крови;

5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

6) иного, исходя из особенностей заболевания (состояния).

Стандарты медицинской помощи разрабатываются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, и утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – МЗРФ).

Схемы ведения пациентов разрабатываются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, и утверждаются МЗМО.

**«Посещение» (с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме)** – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью, которая используется для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках Программы ОМС.

«**Неотложная медицинская помощь»** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, отделениями (пунктами) неотложной медицинской помощи.

**«Обращение»** – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности).

**«Законченный случай лечения»**– совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в медицинской организации в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другую медицинскую организацию  или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

«Законченный случай лечения»– случай лечения, фактическая длительность которого (ДФ) от момента начала лечения до его окончания (выписки, перевода в другую Медицинскую организацию или другое профильное отделение) находится в диапазоне от **минимальной** до **нормативной** средней длительности лечения при условии выполнения объема медицинской помощи, предусмотренного СМП и/или схемой.

**«Прерванный случай»**(далее – Прерванный случай) – случай оказания медицинской помощи с фактической длительностью лечения менее Дмин по СМП и/или схеме (ДФ<Дмин) и невозможностью вследствие этого выполнения стандартизированного объема медицинской помощи.

«**Длительность** **лечения»** (ДС) – нормативная средняя длительность лечения, определенная для СМП и/или схемы.

**«Минимальная длительность** **лечения»** (Дмин) – минимально необходимая длительность лечения,при которой возможно выполнение объема всех обязательных лечебных и диагностических мероприятий по СМП и/или схеме.

«**Законченный случай диспансеризации первого этапа»**(определенных групп взрослого населения) – первый этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации), и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований, оформленных в установленном порядке), в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 №1006н.

**«Законченный случай диспансеризации первого этапа»**(определенных категорий детского населения)– первый этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях Московской области детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях Московской области детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью считается законченным, в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных перечнем исследований в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 №72н (1 этап) и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 №216н (1 этап).

**«Клинико-статистическая группа заболеваний»**(далее – КСГ)– группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

**«Клинико-профильная группа»**(далее – КПГ)–группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи (для оплаты объемов медицинской помощи, установленной дополнительно к базовой Программе ОМС).

«**Высокотехнологичная медицинская помощь»** (далее – ВМП) – часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

**«Медицинская организация»** – юридическое лицо любой организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по Московской областной программе обязательного медицинского страхования.

 «**Застрахованные лица»**– граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 Федерального закона от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 №4528-1 «О беженцах» [[2]](http://kvd-klin.ru/uslugi/63-besplatnye-meditsinskie-uslugi.html" \l "ftn1).

Ежемесячный объем средств для финансирования скорой медицинской помощи (ОФ) рассчитывается по формуле:

**ОФ = ПН х Ч х КП**,                                                                                                           **(6)**

*где*

ПН – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо, включающий статьи затрат в соответствии с Программой ОМС;

Ч – численность застрахованных лиц Московской области муниципального образования Московской области, обслуживаемого структурным подразделением (либо самостоятельным) скорой медицинской помощи;

КП – поправочный (индивидуальный) коэффициент, учитывающий особенности затрат  структурного подразделения (либо самостоятельной) скорой медицинской помощи.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи устанавливается Комиссией и фиксируется в приложении  №9 к настоящему Тарифному соглашению.

Поправочный (индивидуальный) коэффициент рассчитывается Медицинской организацией самостоятельно.

2.7. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Программе ОМС, осуществляется по тарифам, установленным в рублях. Оплата Прерванного случая лечения осуществляется по тарифу Прерванного случая.

Учет и порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при осуществлении перевода пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями, установлен в Приложении №1 к Тарифному соглашению.

2.8. При оплате единицы объема медицинской помощи, объем финансовых поступлений медицинских организаций определяется произведением количества оказанных медицинских услуг на соответствующий тариф.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансового обеспечения Программы ОМС с учетом численности и половозрастной структуры застрахованных лиц, «прикрепленных» к медицинской организации, объем финансовых поступлений медицинских организаций определяется произведением числа «прикрепленных» лиц к данной медицинской организации на соответствующий тариф и регулирующий коэффициент. Регулирующий коэффициент учитывает выполнение показателей, оценивающих деятельность медицинской организации.

2.9. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, условиях дневного стационара, вне медицинской организации (скорая медицинская помощь) установлен Приложением №11 к настоящему Тарифному соглашению.

**3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.**

3.1. Тарифы на медицинскую помощь (медицинские услуги) используются для оплаты медицинской помощи по Программе ОМС в соответствии с установленными способами оплаты.

3.2. Тарифы рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

В зависимости от способа оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), тарифы подразделяются на «объемные», установленные на единицу объема медицинской помощи и «подушевые», установленные на основании подушевого норматива финансового обеспечения Программы ОМС с учетом численности и половозрастной структуры застрахованных лиц, «прикрепленных» к Медицинской организации.

3.3. Рассмотрение тарифов на медицинскую помощь (медицинские услуги), оказываемую медицинскими организациями по Программе ОМС, осуществляет Комиссия.

3.4. Финансовым источником для формирования тарифов являются средства ОМС, предусмотренные законом Московской области о бюджете ТФОМС МО на соответствующий финансовый год для финансирования Программы ОМС.

За счет средств ОМС по тарифам, установленным настоящим ТС, осуществляется финансирование видов и условий оказания медицинской помощи, предусмотренных Московской областной программой ОМС, утвержденной постановлением Правительства  Московской области в составе Московской областной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий финансовый год, в том числе в рамках мероприятий Сверхбазовой программы ОМС, с учетом трехуровневой системы оказания медицинской помощи.

Уровни оказания медицинской помощи медицинскими организациями, выполняющими Московскую областную программу ОМС, по её видам и отдельно по профилю «стоматология» установлены, соответственно, Приложением №12 и Приложением №14 к настоящему Тарифному соглашению соответственно.

3.5. За счет межбюджетного трансферта из бюджета Московской области, передаваемого бюджету ТФОМС МО на финансовое обеспечение мероприятий Сверхбазовой программы ОМС осуществляется:

- первичная медико-санитарная, специализированная и скорая медицинская помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ;

- обеспечение деятельности патологоанатомических отделений, отделений (кабинетов) статистики, административно-хозяйственного аппарата медицинских организаций Московской области в части расходов, не финансируемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

- затраты на административно-управленческий аппарат страховых медицинских организаций при обеспечении мероприятий дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования.

3.6. В структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС, входят расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других медицинских организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь)  стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с Программой ОМС, в том числе в части базовой программы обязательного медицинского страхования, со следующими долями расходования средств в разрезе условий оказания медицинской помощи:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование  статей расходования средств | Условия оказания медицинской помощи | | | |
| амбулаторно | стационарно | в дневном стационаре | вне медицинской организации (скорая медицинская помощь) |
| в % | | | |
| Заработная плата, начисления на оплату труда и прочие выплаты | 50-83 | 50-70 | 63-78 | 64-80 |
| Приобретение лекарственных препаратов и расходных материалов | 27-1,5 | 35-15 | 25-15 | 28-15 |
| Приобретение продуктов питания | - | 6-10 | 4-2 | - |
| Прочие статьи расходования средств | 23-15,5 | 9-5 | 8-5 | 8-5 |
| Итого | 100% | 100% | 100% | 100% |

3.8. Размеры тарифов, установленных настоящим ТС, определяются исходя из объема средств, предусмотренного на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территории Московской области, в соответствии с законом Московской области о бюджете ТФОМС МО на соответствующий финансовый год и плановый период.

Обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования в Московской области осуществляется путем индексации тарифов в зависимости от исполнения доходной части бюджета ТФОМС МО.

Тарифы, установленные настоящим ТС,  являются едиными для всех медицинских организаций.

**Тариф** (Т) – тариф на медицинскую помощь, рассмотренный Комиссией и установленный соответствующим приложением к ТС.

**Тариф детский** – тариф, используемый при оплате медицинской помощи, оказанной пациентам, не достигшим возраста 18 лет (совершеннолетия) на дату посещения, обращения, начала лечения или госпитализации в стационар или дневной стационар любого типа.

**Тариф Прерванного случая** (Тпс) – тариф, полученный расчетным способом из тарифа и используемый для оплаты Прерванного случая лечения.

**Тариф Прерванного случая** определяется по формуле:

**Тпс = Т \* Кпс,                                                                                                                      (7)**

*где*

**Тпс**– тариф Прерванного случая (в рублях, с округлением до целого числа);

**Т** – тариф согласно Приложению к ТС (тариф Законченного случая) (в рублях, с округлением до целого числа);

**Кпс** – коэффициент соответствия фактической и нормативной средней длительности, определяется отношением фактической длительности Прерванного случая к нормативной средней длительности лечения по СМП или схеме (**Кпс=ДФ/ДС**) и рассчитывается Медицинской организацией для каждого Прерванного случая**с округлением до 6 знаков после запятой**.

Кроме тарифов, применяемых всеми медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, для  отдельных медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь,а также медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, по решению Комиссии может устанавливаться коэффициент уровня оказания медицинской помощи**.**

3.9. В структуру тарифа на медицинскую помощь не входят и из средств ОМС не компенсируются затраты медицинских организаций и их структурных подразделений при оказании медицинской помощи и предоставлении иных государственных и муниципальных услуг (работ) в:

лепрозориях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

центрах профилактики и борьбы со СПИДом;

врачебно-физкультурных диспансерах;

центрах охраны здоровья семьи и репродукции;

медико-генетических центрах (консультациях);

центрах охраны репродуктивного здоровья подростков;

центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования);

центрах профессиональной патологии;

бюро судебно-медицинской экспертизы;

медицинских информационно-аналитических центрах;

бюро медицинской статистики;

центрах крови;

станциях переливания крови;

домах ребенка, включая специализированные;

молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утвержденную Министерством здравоохранения Российской Федерации, и не финансируемых за счет средств ОМС.

3.10. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную, специализированную медицинскую помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, а также медицинские организации, в составе которых имеются патологоанатомические отделения, отделения (кабинеты) статистики и для которых Комиссией не распределены объемы медицинской помощи и объемы финансового обеспечения мероприятий Сверх базовой программы ОМС, за счет средств Программы ОМС не финансируются.

3.11. В расчет тарифа не включены и оплате за счет средств ОМС не подлежат  затраты по врачебным должностям, среднему, младшему медицинскому и прочему персоналу сверх численности, предусмотренной рекомендованными нормативами, определяющими численность медицинских работников и прочего персонала, а также должности, не предусмотренные нормативами, определяющими штатную численность медицинских организаций.

При формировании тарифов учитываются  затраты лечебных, параклинических и вспомогательных подразделений медицинских организаций, обеспечивающих  оказание медицинской помощи в соответствии с утвержденными в установленном порядке объемами медицинской помощи по Программе ОМС (за исключением  служб и подразделений медицинских организаций, деятельность которых не оплачивается за счет средств ОМС).

В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

3.12. Тарифы законченного случая лечения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой по стандартам медицинской помощи и схемам ведения пациентов установлены Приложениями №2 и №2а к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях,  взрослому и детскому населению, а также медицинские услуги, оказываемые в консультативно-диагностических центрах для детей и взрослых и на стоматологические медицинские  услуги, оказываемые  в амбулаторных условиях установлены Приложениями №3а, №3б, №4  и №13 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на медицинские  услуги, оказываемые в условиях дневных стационарах всех типов, взрослому и детскому населению установлены Приложениями №5а и №5б к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату профилактических мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации, медицинских осмотров определенных групп населения установлены Приложением №6 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на медицинские услуги при проведении гемодиализа взрослому и детскому населению  установлены Приложением №7 к настоящему Тарифному соглашению.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях  установлен Приложением №8 к настоящему Тарифному соглашению.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи и тарифы на скорую медицинскую помощь, в том числе скорую специализированную, оказываемую взрослому и детскому населению  (в рамках базовой Программы ОМС) установлены Приложением №9 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую при социально-значимых заболеваниях (Сверхбазовая Программа ОМС) установлены Приложением №10 к настоящему Тарифному соглашению.

**4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.**

В целях реализации приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по  обязательному медицинскому страховании» настоящим тарифным соглашением устанавливается Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (приложение №15) и Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для случаев оказания скорой медицинской помощи) (приложение №16).

**5. Заключительные положения.**

5.1. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Программу ОМС.

Медицинские организации осуществляют финансирование расходов, предусмотренных настоящим ТС,  в соответствии с утвержденным в установленном порядке финансовым планом (сметой доходов и расходов) в пределах объемов финансовых поступлений по ОМС.

При использовании средств ОМС медицинские организации должны исходить из необходимости достижения заданных результатов с использованием  наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС.

Использование медицинскими организациями средств ОМС на финансирование видов медицинской помощи, не включенных в Программу ОМС, на оплату видов расходов, не включенных в структуру тарифов, является нецелевым.

Медицинские организации за счет средств ОМС осуществляют финансирование расходов, указанных в пунктах 5.12., 5.13., 5.16., 12.1. Приложения №17 к настоящему ТС,  только при условии обеспечения нормативных затрат, необходимых для оказания медицинской помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья граждан.

5.2. За нецелевое использование медицинской организацией средств ОМС, медицинская организация несет ответственность в соответствии с ч.9 ст.39 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Расходы медицинских организаций, связанные с возмещением средств, использованных не по целевому назначению, за счет средств ОМС не осуществляются.

5.3. Пересмотр (изменение) тарифов осуществляется в связи с изменениями Программы ОМС, в том числе:

– изменением величины доходов и (или) расходов бюджета ТФОМС МО;

– при изменении нормативных правовых актов Российской Федерации и нормативных правовых актов Московской области, регламентирующих штатную численность, оплату труда работников медицинских организаций, приобретение расходных материалов, медикаментов и перевязочных средств, предметов медицинского назначения и медицинского инструментария, организацию питания, а также других расходов, финансируемых за счет средств ОМС;

– включения в систему ОМС новых видов, условий, профилей (специальностей) медицинской помощи;

– изменением структуры расходов по видам и условиям оказания медицинской помощи;

– принятием в систему ОМС новых медицинских организаций и их структурных подразделений;

– иными мероприятиями.

5.4. К настоящему Тарифному соглашению прилагаются и являются его неотъемлемой частью следующие приложения:

- Приложение №1 «Положение о порядке оплаты медицинской помощи, оказываемой по Московской областной программе обязательного медицинского страхования»;

- Приложение №2 I. «Тарифы  законченного случая лечения по схеме ведения пациента (руб.)»; II. «Тарифы законченного случая лечения по стандартам медицинской помощи (руб.)»;

- Приложение №2а «Тарифы законченного случая лечения по видам высокотехнологичной медицинской помощи»;

- Приложение №3а «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях,  взрослому населению (руб.)»;

 - Приложение №3б «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях,  детскому населению до 18 лет (руб.)»;

- Приложение №4 «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в консультативно-диагностических центрах для детей и взрослых, руб.»;

- Приложение №5а «Тарифы на медицинские  услуги, оказываемые в условиях дневных стационарах всех типов, взрослому населению  (руб.)»;

- Приложение №5б «Тарифы на медицинские  услуги, оказываемые в условиях дневных стационарах всех типов,  детскому населению до 18 лет (руб.)»;

- Приложение №6 «Тарифы на оплату профилактических мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения (в соответствии с Приказом МЗРФ от 03.12.2012 №1006н), руб.»; «Тарифы на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях Московской области детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (в соответствии с Приказом МЗРФ от 15.02.2013 №72н)», руб.; «Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров взрослого населения  (в соответствии с Приказом МЗРФ от  06.12.2012 №1011н)», руб.; «Тарифы на оплату при прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров (в соответствии с Приказом МЗРФ от  21.12.2012 №1346н)», руб.; «Тарифы на проведение диспансеризации  детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (в соответствии с приказом МЗРФ от 11.04.2013 №216н)», руб.;

- Приложение №7 «Тарифы на медицинские услуги при проведении гемодиализа взрослому и детскому населению  (руб.)»;

- Приложение №8 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях  (руб.)»;

- Приложение №9 «Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (в рамках базовой программы ОМС) (руб.)»; «Тарифы на скорую медицинскую помощь, в том числе скорую специализированную, оказываемую взрослому и детскому населению  (руб.)»;

- Приложение №10 «Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую при социально-значимых заболеваниях (Сверх базовая Программа ОМС), руб.»;

- Приложение №11 «Сведения об условиях оказания медицинской помощи в медицинских организациях»;

- Приложение №12 «Уровни оказания медицинской помощи медицинскими организациями, выполняющими Московскую областную программу ОМС»;

- Приложение №13 «Тарифы на медицинские услуги по профилю «стоматология», оказываемые в амбулаторных условиях  (руб.)»;

- Приложение №14 «Уровень оказания медицинской помощи по профилю «стоматология» медицинскими организациями, выполняющими Московскую областную программу ОМС»;

- Приложение №15 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»;

- Приложение №16 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для случаев оказания скорой медицинской помощи)»;

- Приложение №17 «Перечень расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Московской областной программе обязательного медицинского страхования».

5.5. Настоящее ТС может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего ТС.

Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее ТС.

В случае возникновения споров по настоящему ТС Стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

Разъяснения по применению настоящего ТС дает ТФОМС МО.

Настоящее ТС вступает в силу с 01 января 2015 года, и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

Юридические адреса Сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения Московской области | 143400, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.1. |
|  |  |
| Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области | 102031, Московская область, г.Балашиха, ул. Орджоникидзе, д. 4. |
|  |  |
| Московская  областная организация  профсоюза  работников   здравоохранения Российской Федерации | 119331, г. Москва, ул. Марии Ульяновой, д.9, стр. 1. |
|  |  |
| Некоммерческое партнерство «Врачебная Палата Московской области» | 142 400, Московская область, г. Ногинск, ул. Комсомольская, д.59 |

ПОДПИСИ СТОРОН:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правительство Московской области: |  |  |
| Министр здравоохранения Московской области |  | Н.В. Суслонова |
| М.П. |  |  |
|  |  |  |
| Территориальный фонд обязательного  медицинского страхования Московской области: |  |  |
| Директор |  | Г.А. Антонова |
| М.П. |  |  |
|  |  |  |
| Московская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации: |  |  |
| Председатель |  | А.И. Домников |
| М.П. |  |  |
|  |  |  |
| Некоммерческое партнерство «Врачебная Палата Московской области» |  |  |
| Председатель Правления |  | С.А. Лившиц |
| М.П. |  |  |
|  |  |  |
| Страховые медицинские организации: |  | Н.В. Мартьянова |
|  |  |  |

Приложение 1

к Тарифному соглашению по реализации

Московской областной программы ОМС

от \_\_\_\_2014

**Положение о порядке оплаты медицинской помощи,**

**оказываемой по Московской областной программе обязательного медицинского страхования**

Положение о порядке оплаты медицинской помощи, оказываемой по Московской областной программе обязательного медицинского страхования (далее – Положение о порядке оплаты) определяет порядок взаимодействия между *участниками*[[4]](http://kvd-klin.ru/uslugi/63-besplatnye-meditsinskie-uslugi.html" \l "ftn3).

Состав рабочей группы и положение о ее деятельности утверждаются приказом МЗ МО и ТФОМС МО.

Комиссия рассматривает предложения Медицинских организаций по объемам медицинской помощи на предстоящий год, в соответствии с представленными Заявками на согласование медицинской помощи (далее – Заявка), по форме, согласно *Приложению №1* к настоящему Положению о порядке оплаты.

Заявка формируется Медицинской организацией в электронном формате Excelили с использованием АИС, применяемой в системе ОМС Московской области, и направляется в ТФОМС МО в электронном виде и на бумажном носителе. Срок предоставления Заявки устанавливается ТФОМС МО.

Заявленные объемы медицинской помощи анализируются на соответствие показателям объемов предоставления медицинской помощи и нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным Программой ОМС.

Объемы предоставления медицинской помощи для каждой Медицинской организации утверждаются Комиссией с учетом представленных Заявок, анализа исполнения объемов медицинской помощи за предыдущий год, а также с учетом нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат, установленных Программой ОМС.

Решение о распределении объемов предоставления медицинской помощи в разрезе Медицинских организаций и страховых медицинских организаций отражается в Протоколе Комиссии.

Информация по распределенным объемам предоставления медицинской помощи и объемам финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями доводится ТФОМС МО до участников ОМС в установленном порядке.

Утвержденные объемы предоставления медицинской помощи для каждой Медицинской организации отражаются в **Плане-задании** по форме, согласно*Приложению №2* к настоящему Положению о порядке оплаты.

Утвержденные  объемы предоставления медицинской помощи для каждой Страховой медицинской организации отражаются в приложении №2к договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Медицинская организация в течение года направляет в Комиссию предложения по внесению изменений в План-задание в срок до 15 числа месяца, предшествующего отчетному периоду, начиная с которого, данные изменения должны быть учтены при формировании Медицинскими организациями отчетных документов за оказанную медицинскую помощь.

До 22 числа последнего месяца текущего квартала Медицинская организация направляет предложения по изменению объемов медицинской помощи этого квартала без изменения структуры Плана-задания (т.е. без изменения перечня условий оказания медицинской помощи и профилей).

Предложения по изменению объемов Плана-задания направляются Медицинской организацией в ТФОМС МО сопроводительным письмом за подписью руководителя Медицинской организации, и согласовываются начальником Управления координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций Министерства здравоохранения Московской области по форме согласно *Приложению №3* к настоящему Положению о порядке оплаты.

План-задание Медицинской организации отражает:

- условия предоставления  медицинской помощи (амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно, вне медицинской организации);

- профили, по которым запланирована медицинская помощь в соответствии с действующими лицензиями  на медицинскую помощь[в условиях круглосуточного стационара, в том числе по высокотехнологичной медицинской помощи;](http://kvd-klin.ru/uslugi/63-besplatnye-meditsinskie-uslugi.html" \l "ftn5)

-                    в амбулаторных условиях;

-                    в условиях дневных стационаров всех типов (суммарно);

-                    вне медицинской организации (скорая медицинская помощь).

Кроме того, в квартальном протоколе стоимости отражаются объемы, предусмотренные дополнительно к базовой Программе ОМС.

[Медицинские организации по согласованию](file:///C:\Users\kvd2\Desktop\gts%20na%202015g.docx#_ftn5)[[7]](file:///C:\\Users\\kvd2\\Desktop\\gts%20na%202015g.docx" \l "_ftn6), Порядку ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования[[9]](file:///C:\\Users\\kvd2\\Desktop\\gts%20na%202015g.docx" \l "_ftn8).

К Реестрам счетов обязательным приложением является Сводная справка, содержащая агрегированную информацию о структуре, тарифах и стоимости оказанной медицинской помощи и сформированная из соответствующего Реестра счетов (далее – Сводная справка).

Сводные справки формируются по формам, установленным *приложениями №№8-9* к настоящему Положению о порядке оплаты, и предоставляются в электронном виде и на бумажном носителе в одном экземпляре за подписью руководителя и главного бухгалтера Медицинской организации с расшифровкой подписей, указанием даты подписания и печатью Медицинской организации.

Сводные справки к Реестрам счетов в электронном виде включаются в отчетный Свод по плательщику согласно ОТР ИВ.

При применении Медицинской организацией «подушевого» способа оплаты формируется Отчет по списанию средств («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) по форме, согласно *Приложению №10* к настоящему Положению о порядке оплаты и Отчет по списанию средств («подушевое» финансирование скорой медицинской помощи) по форме согласно*Приложению №11* к настоящему Положению о порядке оплаты.

***Отчет об использовании средств обязательного медицинского страхования*  -**финансовый документ, предоставляется СМО в ТФОМС МО по форме, согласно *Приложению №12*к настоящему Положению о порядке оплаты, в сроки, установленные Договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее – Договор ФО).

Отчет заверяется подписью руководителя, главного бухгалтера и печатью СМО и предоставляется на бумажном носителе в двух экземплярах:

- один экземпляр остается в Управлении бухгалтерского учета и сводной отчетности  ТФОМС МО;

- второй экземпляр с отметкой о принятии к учету возвращается в СМО.

Вместе с Отчетом СМО предоставляет в ТФОМС МО «Реестр актов экспертного контроля объемов и качества медицинской помощи» в электронном виде в соответствии с установленным порядком информационного взаимодействия.

**3. Порядок направления средств ТФОМС МО в СМО и осуществление расчетов за медицинскую помощь с медицинскими организациями.**

ТФОМС МО осуществляет финансирование страховых медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитываемым в соответствии с установленным Порядком расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Расчет объемов финансирования  страховых медицинских организаций на основании дифференцированных подушевых нормативов осуществляется ТФОМС МО **ежемесячно** в соответствии с Порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным  Правилами ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Программе ОМС, осуществляется в рамках заключенного Договора ООМП между страховой медицинской организацией и Медицинской организацией.

На получение авансирования медицинской помощи, Медицинская организация направляет в СМО Заявку на авансирование медицинской помощи по форме согласно *Приложению №13* к настоящему Положению о порядке оплаты.

При применении «подушевого» способа оплаты амбулаторной медицинской помощи формируется Заявка на финансирование согласно *Приложению №14* к настоящему Положению о порядке оплаты.

Срок предоставления и размер аванса устанавливаются Договором ООМП.

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь исключительно в амбулаторных условиях, и имеющая прикрепленное население, формирует Заявку на финансирование медицинские организации («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) (*Приложение №14 к Положению о порядке оплаты*) и Заявку на авансирование  медицинской организации (*Приложение №13 к Положению о порядке оплаты; заполняется только по строке 01 заявки*).

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь исключительно в амбулаторных условиях, и не имеющая прикрепленное население, формирует только Заявку на авансирование медицинские организации (*Приложение №13 к Положению о порядке оплаты; заполняется только по строке 01 Заявки*).

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, дневных стационарах, в условиях круглосуточного стационара, вне медицинской организации (скорой медицинской помощи) формируют Заявку на авансирование медицинской помощи (*Приложение №13 к Положению о порядке оплаты*) и Заявку на финансирование медицинской организации («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) (*Приложение №14 к Положению о порядке оплаты*).

Медицинская организация, не оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, формирует Заявку на авансирование медицинской помощи (*Приложение №13 к Положению о порядке оплаты*).

Заявка на авансирование медицинской помощи и размер аванса по Заявке на финансирование медицинской организации («подушевое» финансирование медицинской помощи) может иметь значение ноль.

При подаче Заявки на финансирование медицинской помощи («подушевое» финансирование) амбулаторной помощи (приложение №14 к Положению о порядке оплаты) в страховые медицинские организации, медицинская организация предоставляет списки застрахованных лиц, прикрепленных к Медицинской организации в электронном виде и передавая их по акту приема-передачи.

Расчет заявок медицинскими организациями осуществляется от плановой стоимости Программы ОМС, установленной приложением №1 к Договору ООМП по каждой СМО.

Для расчета заявок медицинскими организациями, вновь вступившими в систему ОМС,  допускается использовать сложившуюся среднеобластную структуру страхового поля:

|  |  |
| --- | --- |
| ООО «СМК РЕСО-Мед» | 18,0% |
| ЗАО «МАКС-М» | 22,9% |
| ООО «Медстрах» | 0,4% |
| ОАО «СМК «Милосердие и благополучие» | 1,2% |
| ОАО «МСК «УралСиб» | 16,8% |
| ЗАО ВТБ медицинское страхование | 1,7% |
| ОАО «РОСНО-МС» | 30,8% |
| ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» | 8,1% |
| ООО «Росгосстрах» | 0,1% |
|  | 100,0% |

Если медицинская организация расположена на территории муниципального образования Московской области, то при формировании заявки необходимо использовать структуру страхового поля, сложившуюся на территории данного муниципального образования.

В случае вступления в систему ОМС новой страховой медицинской организации, а также при наличии у страховой медицинской организации маленького страхового поля, Медицинская организация может не формировать в адрес данной страховой медицинской организации заявку на «подушевое» финансирование. В таком случае, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам данной страховой медицинской организации осуществляется «объемным» способом по согласованному тарифу. Допустимый «порог» для Медицинской организации, имеющей прикрепленное население, когда заявка на «подушевое» финансирование не формируется – менее пяти процентов от общего числа прикрепленного населения к данной Медицинской организации.

В случае возникновения кредиторской  задолженности  у медицинской организации, сформировавшейся после окончательного расчета за отчетный месяц, медицинская организация должна вернуть данную кредиторскую задолженность в СМО в течение трех рабочих дней.

Для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Программе ОМС, Медицинская организация ежемесячно предоставляет страховой медицинской организации в сроки, установленные Договором ООМП, Счет на бумажном носителе в одном экземпляре, Реестр счетов (в электронном виде), Сводные справки, Отчеты по списанию на бумажном носителе в одном экземпляре.

Медицинская организация ежемесячно предоставляет в ТФОМС МО (филиалы) в сроки, установленные Договором ООМП (за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской  Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования)[[11]](file:///C:\\Users\\kvd2\\Desktop\\gts%20na%202015g.docx" \l "_ftn10)(в электронном виде), Сводные справки на бумажном носителе в одном экземпляре.

В соответствии с Договором ФО, заключенным между СМО и ТФОМС МО, СМО предоставляет Заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (далее – Заявка на авансирование) и Заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь для проведения окончательного расчета с Медицинскими организациями (далее – Заявка на получение целевых средств).

В заявку на получение средств на оплату счетов включается объем средств для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, определенный ТФОМС МО с учетом дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования (далее – дифференцированные подушевые нормативы), за исключением средств, направленных в страховую медицинскую организацию в отчетном месяце в порядке авансирования[[13]](file:///C:\\Users\\kvd2\\Desktop\\gts%20na%202015g.docx" \l "_ftn12);

КДПФ – индивидуальный коэффициент доведения до финансового плана месяца медицинской организации, рассчитывается Медицинской организацией; проверку расчета  КДПФ осуществляет филиал ТФОМС МО и СМО (округляется до 8 знаков после запятой).

В случае получения «прикрепленным» лицом, застрахованным на территории Московской области, медицинской помощи в медицинской организации на территории другого субъекта Российской Федерации в отчетный период (месяц), то данное застрахованное лицо исключается из общего списка численности «прикрепленного» к Медицинской организации населения в последующий период и Заявка на «подушевое» финансирование формируется с учетом скорректированной численности «прикрепленного» населения Медицинской организации.

Сумма Заявки на «подушевое» финансирование (скорой медицинской помощи) Медицинской организации определяется по формуле:

**СЗсмп = Ч \* ПНФ \* КП,                                                                                                      (3)**

*где*

СЗсмп – сумма Заявки на следующий месяц, в рублях, с округлением до целого числа;

Ч – численность застрахованных лиц, прикрепленных к Медицинской организации Московской области (человек);

ПНФ – подушевой норматив финансирования (рублей);

КП – индивидуальный коэффициент, учитывающий особенности структуры и затрат конкретного подразделения скорой медицинской помощи (округляется до 8 знаков после запятой), рассчитывается Медицинской организацией. Проверку расчета осуществляет филиал ТФОМС МО и СМО.

При «подушевых» способах оплаты применяется коэффициент списания полученных средств (КСП),который определяется отношением суммы Заявки, предоставленной Медицинской организацией в СМО на отчетный месяц, к сумме, рассчитанной исходя из объема оказанной медицинской помощи (с «подушевым» способом оплаты по Медицинской организации) за тот же отчетный месяц и соответствующим тарифам.

Медицинская организация на основе данных учета оказанной медицинской помощи ежемесячно формирует Счета на оплату, Реестры счетов на оплату медицинской помощи, Сводные справки для «объемного» способа оплаты, Отчеты по списанию средств для «подушевого» способа оплаты.

Юридическая сила документов в электронной форме подтверждается электронной подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования устанавливаются решением Комиссии, и являются приложением к ТС.

При формировании Реестра счетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в Московской области, применяется согласованный тариф**(ТС)**, который считается по формуле:

**ТС = Т \* КС,(4)**

*где*

**ТС**– согласованный тариф, используемыйпри оплате медицинской помощи, определяется в рублях с округлением до целого числа.

Для Прерванных случаев лечения по СМП и схеме применяются тарифы, рассчитанные на основе Тпс.

При формировании Реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в Медицинских организациях лицам, застрахованным за пределами Московской области, коэффициент КС не применяется. В целях отличия согласованного тарифа, применяемого при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным Московской области и оказанной медицинской помощи «иногородним», ТС имеет признак «МТР» –  ТСмтр.

В данном случае согласованный тариф (**ТС)** считается по формуле:

**ТСмтр = Т****(5)**

При формировании Реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в Московской области, во всех Медицинских организациях системы ОМС Московской области по всем видам и условиям оказания медицинской помощи с использованием «объемного» способа оплаты, применяется ***коэффициент соответствия***  плановым  (согласованным) объемам (**КС**).

Услуги гемодиализа (по всем условиям оказания медицинской помощи, предусмотренным ТС), тромболизиса (скорая медицинская помощь), экстракорпорального оплодотворения (по всем условиям оказания медицинской помощи, предусмотренным ТС), компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, позитронно-эмиссионной томографии оплачивается без применения **КС**(**КС=1**).

Расчет **КС** осуществляется путем соотнесения плановой (СП) и фактической (СФ) стоимости объема медицинской помощи в целом по Медицинской организации.

*Плановая стоимость* месячного объема медицинской помощи застрахованным в Московской области (СП) определяется показателем, указанным в ТМП Медицинской организации (СТМП), уменьшенным на фактическую стоимость медицинской помощи, оказанной застрахованным за пределами Московской области (СФ МТР):

СП= СТМП – СФ МТР**(6)**

*Фактическая стоимость медицинской помощи* (СФ) рассчитывается в рублях на основе данных по оказанным медицинским услугам согласно Реестрам счетов за отчетный период по всем СМО.

Фактическая стоимость медицинской помощи (СФ) определяется по формуле:

СФ=**S**(**ОБ\*Т**)                                                                                                                       **(7)**

Округление полученного значения СФ по условиям оказания медицинской помощи осуществляется до целого числа после суммирования произведений.

Для Прерванного случая лечения применяется тариф **Тпс**.

Расчет КС осуществляется с использованием технической возможности программного продукта, и реализуется в следующей последовательности: плановые объемы стоимости медицинской помощи первого и второго месяцев квартала принимают значение, равное фактической стоимости  медицинской помощи соответствующего месяца (СП= СФ).

При расчете КС последнего месяца квартала учитывается, что плановый объем стоимости медицинской помощи последнего месяца квартала считается следующим образом:

СП 3мес кв=  СП кв – С Ф 1мес кв – С Ф 2мес кв,**(8)**

*где*

СП 3мес кв– плановый объем стоимости медицинской помощитретьего месяца квартала (руб.);

СП кв– плановый  квартальный объем стоимости медицинской помощи(руб.);

СФ 1мес кв – фактический объем стоимости медицинской помощипервого месяца квартала (руб.);

СФ 2мес кв– фактический объем стоимости медицинской помощивторого месяца квартала (руб.).

Коэффициент соответствия (КС)последнего (третьего) месяца квартала рассчитывается по следующей формуле:

**КС**= СП 3мес кв/ СФ 3мес кв.**(9)**

Фактические квартальныеобъемы по «межтерриториальной» медицинской помощи вычитаютсяиз «остатка» квартального протокола стоимости при расчете КС последнего (третьего) месяца квартала.

Значение КС первые два месяца квартала равняется единице, последний месяц квартала может быть равен единице, либо иметь значение меньше единицы.

Если КС принимает значение меньше единицы, то оно округляется **до 8 знаков после запятой**.

Медицинская организация осуществляет расчет **КС** последнего (третьего) месяца квартала. Проверку расчета КС для Медицинских организаций, находящихся на территориях муниципальных образований, осуществляет филиал ТФОМС МО, для областных, федеральных, ведомственных, частных медицинских организаций  − уполномоченный сотрудник Управления экономических расчетов.

Значение **КС** применяется при формировании Реестров счетов за медицинскую помощь для «объемного» способа оплаты к тарифу **Т** для всех форм отчетности в бумажном и электронном виде.

Расчет значения КСприводится в таблице к Сводной справке к реестру счетов (*Приложение №8 к настоящему положению о порядке оплаты*).

Значения по итоговой строке Сводной справки к реестру счетов и значения, полученные путем произведения значения итоговой строки таблицы расчета коэффициента соответствия плановым объемам медицинской помощи (КС) последнего (третьего) месяца квартала и значения КС, в результате ошибок округления могут иметь различные значения. Для целей формирования различных форм отчетных документов и справок используются значения Сводной справки к реестру счетов.

Порядок проверки и применения КС осуществляется следующим образом:

Медицинская организация:

- формирует или корректирует ТМП, и представляет в филиал ТФОМС МО на бумажном носителе в одном экземпляре;

- формирует реестры счетов, сводные справки и отчеты по списанию средств с учетом действующих протоколов ТМП в соответствии с ТУ ИВ и ОТР-ИВ 7.Х (X – номер текущей версии регламента) направляет в ТФОМС МО, начиная с первого дня месяца, следующего за отчетным;

- ТФОМС МО в соответствии с Порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования[предварительного форматно-логического контроля данных персонифицированного учета медицинской помощи;](file:///C:\\Users\\kvd2\\Desktop\\gts%20na%202015g.docx" \l "_ftn14)

-                   идентификации застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определения страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета;

-          выявления по единому регистру застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определения их территории страхования.

Реестры счетов после автоматизированной обработки в ТФОМС МО предоставляются Медицинским организациям для выставления их в страховые медицинские организации.

Результаты автоматизированной обработки Реестров счетов в ТФОМС МО удостоверяются электронной подписью ТФОМС МО.

Медицинские организации, применяющие «подушевой» способ оплаты, ежемесячно:

- представляют в СМО Отчет по списанию средств за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам;

- при оказании медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Московской области, применяют «объемный» способ оплаты, формируют Счета-«иногородние» и Реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Московской области, и представляют их в ТФОМС МО (филиалы);

- при оказании медицинской помощи застрахованным лицам, оплата которой осуществляется по «подушевыму» способу, медицинские организации  также могут применять «объемный» способ оплаты и предоставлять Счета и Реестры счетов в СМО.

При отсутствии оказанной медицинской помощи, подлежащей оплате «подушевым» способом, в Медицинской организации с «подушевым» способом оплаты (*нет посещений*) Отчет по списанию средств не формируется, а средства финансирования по Заявке возвращаются Медицинской организацией в СМО.

При «подушевых» способах оплаты применяется ***коэффициент списания полученных средств*** (далее – Ксп),который определяется отношением суммы Заявки к сумме, рассчитанной исходя из фактического объема оказанной медицинской помощи (с «подушевым» способом оплаты в Медицинской организации) за отчетный месяц и соответствующим тарифом**Т** (в рублях).

Расчет Ксп осуществляется Медицинской организацией. Рассчитанное значение  Ксп **с округлением до 8 знаков после запятой** применяется при формировании Отчета по списанию средств. Проверку расчета Кспосуществляют ТФОМС МО (филиалы) и СМО.

СМО оплачивает медицинскую помощь, оказанную в Медицинской организации по Счетам и Реестрам счетов (с учетом суммы авансирования), за вычетом суммы финансовых санкций по результатам проведенных экспертиз в соответствии с Договором ООМП.

[Оплата расходов за лечение застрахованных лиц непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с установленным порядком](file:///C:\Users\kvd2\Desktop\gts%20na%202015g.docx#_ftn14)[[16]](http://kvd-klin.ru/uslugi/63-besplatnye-meditsinskie-uslugi.html" \l "ftn15) в которой при применении учета по схеме или СМП указывается код схемы или СМП, соответствующий коду основного заболевания, виду медицинской помощи, возрасту пациента и выбранной клинической технологии диагностики и лечения*.*

При применении учета по схеме и/или СМП в условиях стационара (круглосуточного или дневного любого типа), оплате по тарифу Законченного (Прерванного) случая подлежат все случаи с соответствующими кодами схемы или СМП по основному клиническому диагнозу (основной диагноз по МКБ-10) в рамках одной госпитализации.

Для диагнозов, отсутствующих в схеме или СМП, Медицинской организацией применяются коды законченного (прерванного) случая лечения профильного отделения, тарифы на которые установлены соответствующим Приложением ТС.

Фактическая длительность госпитализации в профильном отделении круглосуточного стационара определяется как целое число календарных дней, фактически проведенных пациентом в профильном отделении (за вычетом дней лечения в ОРИТ (БИТ)), и находящихся в интервале между датой выписки и датой поступления в данное отделение, при этом день поступления и день выписки (перевода) учитываются как один день.

В случае госпитализации, начавшейся и закончившейся в один и тот же день (*в том числе в случае перевода в другое профильное отделение или другую Медицинскую организацию*) фактическая длительность определяется  равной единице.

Для дневных стационаров всех типов фактическая длительность госпитализации определяется по числу пациенто-дней − дней, в которые осуществлялись лечебные и диагностические мероприятия врачебным и средним медицинским персоналом при наличии записи в первичной медицинской документации.

Медицинская помощь, оказанная по схеме и СМП, учитывается следующим образом:

- в случае перевода пациента из одного профильного отделения круглосуточного стационара Медицинской организации в другое профильное отделение круглосуточного стационара той же Медицинской организации с диагнозами, входящими в одну и ту же схему или СМП, медицинская помощь учитывается и оплачивается как один Законченный (Прерванный) случай в том отделении, из которого пациент выбыл;

- при расчете фактической длительности госпитализации «датой поступления» считается дата поступления в первое по счету движения отделение, а «датой выписки» - дата окончания госпитализации в последнем по счету движения отделении по диагнозам, входящим в одну и ту же схему или СМП;

- в случае перевода пациента из одного профильного отделения круглосуточного стационара Медицинской организации в другое профильное отделение круглосуточного стационара той же Медицинской организации с разными диагнозами (не входящими в одну схему или СМП) медицинская помощь учитывается, и оплачивается как разные Законченные (Прерванные) случаи.

При этом *фактическая длительность* каждого случая учитывается по форме, установленной приложением №2 к приказу Минздрава России от 30.12.2002 №413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».

При оказании медицинской помощи в рамках одной госпитализации (истории болезни) по основному диагнозу в профильном стационарном отделении Медицинской организации (с условным наименованием – «Отделение 1») возможно возникновение клинических ситуаций, требующих оказания медицинской помощи по другому диагнозу с переводом в другое, соответствующее ему, профильное стационарное отделение (с условным наименованием – «Отделение 2»). В случае необходимости продолжения лечения по основному диагнозу осуществляется  перевод в «Отделение 1».

В рамках данной госпитализации оплата по схеме или СМП осуществляется:

- по схеме или СМП основного заболевания, при этом *фактическая длительность* случая определяется без учета койко-дней, проведенных пациентом в «Отделении 2»;

- по схеме или СМП, соответствующему диагнозу «Отделения 2», с учетом длительности лечения пациента в данном отделении.

Медицинская помощь, оказываемая пациенту в ОРИТ или БИТ (БРИТ), учитывается по профилю «Анестезиология и реанимация» по врачебной специальности «Анестезиология и реаниматология» по тарифам схем, установленным соответствующим Приложением  к ТС.

В случае смерти пациента в период лечения в ОРИТ или перевода пациента из ОРИТ для продолжения лечения в другую Медицинскую организацию (когда медицинская помощь оказывается исключительно в ОРИТ без лечения пациента по схеме в профильном отделении данной Медицинской организации), осуществляется оплата по тарифам схем ОРИТ, включенным в соответствующее Приложение к ТС. При иных исходах и результатах госпитализации оплата лечения в ОРИТ без указания лечения по схеме в профильном отделении не осуществляется.

При оказании медицинской помощи пациенту в ОРИТ (БИТ/ БРИТ)) в период его лечения по схеме в профильном отделении оплата случая по схемеосуществляется *без учета дней лечения*, проведенных пациентом в ОРИТ (БИТ/ БРИТ). При полном совпадении периода лечения (дат поступления и выбытия) в профильном отделении и в ОРИТ (БИТ/ БРИТ) *фактическая длительность* лечения в профильном отделении по схеме считается равной одному дню ДФ=1.

При наличии в схеме ведения пациента медицинских услуг в соответствии с установленной номенклатурой медицинских услуг, обозначающий перечень медицинских специальностей «анестезиология и реаниматология» (код 003), используемой при учете оказанной медицинской помощи, схемы ОРИТ (БИТ/БРИТ) в данном случае не включаются в реестр счетов.

Оплата медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в соответствии с Порядком взаимодействия между медицинскими организациями при оказании экстренной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в Московской области (Приказ Министерства здравоохранения Московской области от 27.12.2013 №1634) осуществляется по тарифам, установленным на схемы этапов оказания медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями осуществляется в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 №918н.

Оплата медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в соответствии с Порядком взаимодействия между медицинскими организациями при оказании медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения  в Московской области (Приказ Министерства здравоохранения Московской области от 07.07.2014 №889) осуществляется по тарифам, установленным на схемы этапов оказания медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения осуществляется в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 №928н.

Доставка больных в сосудистый центр или другую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение эндоваскулярных методов диагностики и лечения, отделение анестезиологии-реанимации и оказывающую специализированную медицинскую помощь больным с неотложными и экстренными формами, осуществляется бригадой скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи.

Учет и оплата медицинской помощи, оказываемой Медицинской организацией в амбулаторных условиях осуществляется по посещениям, обращениям, за медицинскую услугу, за законченный случай лечения, по подушевому нормативу финансирования.

Для учета медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в системе ОМС, в Медицинских организациях, ведущих амбулаторный прием, используются формы учетной и отчетной документации №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» (далее – Карта) и №025-12/у «Талон амбулаторного пациента» (далее – Талон)[[18]](http://kvd-klin.ru/uslugi/63-besplatnye-meditsinskie-uslugi.html" \l "ftn17), медицинских кабинетах, здравпунктах, по любому поводу с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного пациента (учетная форма 025/у-04), истории развития ребенка (учетная форма 112/у), медицинской карте ребенка для образовательных учреждений (ф. 026/у-2000), которые заполняются в соответствии с инструкциями, утвержденными приказами Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 №255 и от 13.11.2003 №545, и содержат жалобы, анамнез, назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза, и другие записи на основании наблюдения за пациентом.

Врачебное посещение – это прием (осмотр, консультация) пациента врачом, с последующей записью в карте амбулаторного больного. Все услуги, относящиеся к врачебному посещению, фиксируются в первичной медицинской документации (жалобы, анамнез, назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза, и другие записи на основании наблюдения за пациентом, рекомендации по лечению заболевания и его профилактике, данные исследований – лабораторные,  функциональные,  рентгенологические, эндоскопические и т.д.).

Отсутствие в первичной медицинской документации записи врачебного посещения (осмотр, консультация), а также записи приема фельдшера, акушерки при возложении на них отдельных функций лечащего врача в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 №252н, является основанием для отказа в оплате врачебного посещения.

Обращение пациента по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания при кратности не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности).

Обращение пациента по поводу заболевания может состоять из одного врачебного посещения, например, обращение пациента из числа декретированного контингента за выпиской льготного рецептурного бланка на лекарственные препараты. В данном случае учет оказанной медицинской помощи осуществляется по посещению профильного врача-специалиста.

Обращение пациента по поводу заболевания включает в себя посещение пациента по поводу заболевания и диагностического обследования, консультации, а также проведение диспансерного наблюдения. Результат обращения в талоне отмечается при последнем  посещении больного по поводу заболевания у специалиста начавшего и закончившего лечение.

Оплате подлежат обращения по поводу заболеваний:

- лечебно-диагностические;

- диспансерные по поводу наблюдения диспансерного контингента по нозологическим группам;

- обращения с целью оформления на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК), получения санаторно-курортной справки.

Порядок персонифицированного учета обращений по поводу заболеваний осуществляется в соответствии с *приложением №15 к настоящему Положению о порядке оплаты*.

Оплате подлежат следующие посещения с профилактической целью:

- осмотры  при поступлении на учебу, в дошкольные учреждения, направление детей в учреждения детского отдыха, осмотры населения в соответствии с нормативно-распорядительными документами  МЗ РФ, МЗ МО;

- профилактическая работа с детьми от 0-17 лет включительно;

- школы здоровья;

- центры (кабинеты) здоровья;

- консультативные посещения.

Мероприятия о проведенной работе фиксируются в соответствующей первичной медицинской документации. Как врачебные посещения  не подлежат учету обследования в кабинетах функциональной диагностики, рентгенологии, лабораториях и т.д. (для параклинических служб).

Посещение в течение дня больным по поводу одного и того же заболевания (профилактического осмотра) одного и того же врача (специалиста одного профиля), учитывается как одно посещение.

Учет диспансеризации определенных групп населения осуществляется:

первый этап – по законченному случаю;

второй этап – по посещению.

Результаты осмотров врачами и проведенных исследований во время диспансеризации первого и второго этапов вносятся в учетную форму №131/у-МК «Маршрутная карта диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)» (далее – Маршрутная карта).

Маршрутная карта подшивается в медицинскую карту амбулаторного больного (форма №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 №255).

Медицинская услуга «сеанс гемодиализ/гемодиафильтрация»  оказывается в условиях центров (отделений) гемодиализа при условии наличия направлений на проведение лечения гемодиализом или перитонеальным диализом.

Направление пациентов в центры амбулаторного гемодиализа для проведения заместительной почечной терапии осуществляется на основании решения специалистов-нефрологов Московского областного центра трансплантологии и диализа, главного нефролога Московской области.

В случае возникновения ургентной ситуации решение о  направлении пациента на лечение диализом принимается после консультации врачом – специалистом Московского областного центра трансплантологии и диализа, главным нефрологом Московской области.

Медицинская услуга «сеанс гемодиализ/гемодиафильтрация»  может оказываться при нахождении больного:

- на стационарном лечении непосредственно в специализированных отделениях (по основному заболеванию, не связанному с ХПН на данный момент); учет медицинской помощи осуществляется по форме №066/у-02, и оплачивается дополнительно к основной схеме (СМП);

- на лечении в амбулаторных условиях и условиях дневных стационаров всех типов; при этом график работы дневного стационара, в котором пациент получает лечение по основному заболеванию на данный момент, не может совпадать с графиком работы дневного стационара в котором пациент получает услугу «сеанс гемодиализ/гемодиафильтрация»; в случае совпадения графиков работы дневных стационаров,  пациенто-дни совпадающие с получением услуги «сеанс гемодиализ/гемодиафильтрация» для дневного стационара, в котором пациент получает лечение по основному заболеванию, учету не подлежат.

Для оплаты медицинской услуги «сеанс гемодиализ/гемодиафильтрация» необходимо заполнение следующей документации:

- учетная форма №003/у[[20]](http://kvd-klin.ru/uslugi/63-besplatnye-meditsinskie-uslugi.html" \l "ftn19).

Порядок работы службы неотложной помощи  на территории Московской области:

1. Вызовы со скорой медицинской помощи диспетчер передает в поликлинику. Медицинский регистратор поликлиники заносит вызовы в специальный журнал, оформляет талоны формы №025-у «Талон вызова врача на дом» и незамедлительно передает их врачу службы неотложной помощи.
2. После оказания неотложной медицинской помощи врач заполняет вкладыш  амбулаторной карты, и передает его по окончании работы в регистратуру. Медицинский регистратор вклеивает вкладыш в амбулаторную карту пациента в тот же день.

**6. Учет и оплата медицинской помощи по Сверх базовой программе ОМС.**

В соответствии с Московской областной программой обязательного медицинского страхования дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования осуществляются первичная медико-санитарная, специализированная и скорая медицинская помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ за счет межбюджетного трансферта, передаваемого в бюджет ТФОМС МО.

Кроме этого, за счет межбюджетного трансферта, передаваемого бюджету ТФОМС МО, осуществляется обеспечение деятельности патологоанатомических отделений, отделений (кабинетов) статистики, административно-хозяйственного аппарата медицинских организаций Московской области в части расходов, не финансируемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Планирование объемов медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, порядок осуществления расчетов за оказанную медицинскую помощь и учет оказанной медицинской помощи, предусмотренной в рамках Сверх базовой программы ОМС, осуществляется в соответствии с общими правилами, установленными как и для медицинской помощи, оказываемой Медицинскими организациями по базовой Программе ОМС.

Объемы медицинской помощи и финансового обеспечения объемов медицинской помощи, предусмотренных Сверх базовой программой ОМС, учитываются отдельно от объемов медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи, предусмотренных базовой Программой ОМС.

При учете медицинской помощи, оказываемой при психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, пациентам с соматической патологией в качестве основного диагноза выставляется профильный. Для учета оказанной медицинской помощи, соматическая патология выносится как сопутствующий диагноз обязательно. При туберкулезе, сочетанном с ВИЧ-инфекцией, в качестве основного диагноза выставляется туберкулез. ВИЧ-инфекция выносится как сопутствующий диагноз обязательно.

Для учета медицинской помощи, оказанной по Сверх базовой программе, застрахованным в системе ОМС лицам, в медицинских организациях, ведущих прием пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, связанными с употреблением  психоактивных веществ, используются и заполняются формы отчетной и учетной документации в соответствии с приказом МЗРФ от 31.12.2002 №420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений» и заполняются в соответствии с инструкцией.

При наличии у пациента медицинских показаний для дальнейшего пребывания в круглосуточном стационаре психиатрического (фтизиатрического) профиля, свыше среднепрофильных значений длительности лечения, подтвержденных (обоснование необходимости продолжения лечения в условиях круглосуточного стационара) данными первичной медицинской документации, возможно неоднократное использование 2 этапа законченного случая по профилю психиатрия и 3 этапа – по профилю фтизиатрия.

Оплата медицинской помощи, оказываемой по Сверх базовой программе ОМС, осуществляется по объемному способу в соответствии с договорами[Заявка на авансирование медицинской помощи (](http://kvd-klin.ru/uslugi/63-besplatnye-meditsinskie-uslugi.html" \l "ftn21)*[приложение №13 к Положению о порядке оплаты](http://kvd-klin.ru/uslugi/63-besplatnye-meditsinskie-uslugi.html" \l "ftn21)*[);](http://kvd-klin.ru/uslugi/63-besplatnye-meditsinskie-uslugi.html" \l "ftn21)

1. Заявка на финансирование Медицинских организаций («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) (*приложение №14 к Положению о порядке оплаты*);
2. Заявка на авансирование медицинской помощи (*приложение №16 к Положению о порядке оплаты*).

Медицинская организация, реализующая базовую Программу ОМС, имеющая прикрепленное население, и Сверх базовую Программу ОМС, направляет в страховые медицинские организации три заявки: заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №13 к Положению о порядке оплаты*); заявку на финансирование Медицинских организаций («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) (*приложение №14 к Положению о порядке оплаты*); заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №16 к Положению о порядке оплаты*).

Медицинские организации, не имеющие прикрепленное население, направляют в адрес СМО две заявки: заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №13 к Положению о порядке оплаты*) и заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №16 к Положению о порядке оплаты*).

Медицинские организации, реализующие только базовую Программу ОМС, имеющие прикрепленное население, формируют в адрес СМО две заявки: заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №13 к Положению о порядке оплаты*) и заявку на финансирование Медицинских организаций («подушевое» финансирование амбулаторной помощи) (*приложение №14 к Положению о порядке оплаты*). Медицинские организации, реализующие только базовую Программу ОМС, не имеющие прикрепленного населения, формируют в адрес СМО только заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №13 к Положению о порядке оплаты*).

Медицинские организации, реализующие только Сверх базовую Программу ОМС, формируют в страховые медицинские организации только одну заявку: заявку на авансирование медицинской помощи (*приложение №16 к Положению о порядке оплаты*).